

## **FISSURAS LABIOPALATAIS: REVISÃO DE LITERATURA<sup>1</sup>** *CLEFT LIP AND PALATE: LITERATURE REVIEW*

**Vivian Dutra Kuhn<sup>2</sup>, Carla Miranda<sup>3</sup>, Débora Martini Dalpian<sup>4</sup>, Cristina Machado Bragança de Moraes<sup>5</sup>, Dirce Stein Backes<sup>6</sup>, Juliana Saibt Martins<sup>7</sup> e Bianca Zimmermann dos Santos<sup>8</sup>**

### **RESUMO**

As fissuras de lábio e palato são malformações congênitas de alta incidência e com origem embriológica. Tais fissuras ocorrem em virtude da falta de fusão entre os processos faciais embrionários e os processos palatinos, apresentando uma etiologia multifatorial. Neste trabalho, objetivou-se discutir as fissuras labiopalatinas através da realização de uma revisão de literatura. A base de dados PubMed foi utilizada e foram consideradas as seguintes palavras-chave, nos idiomas português e inglês: fissuras labiopalatinas, fenda labial, fissura palatina. Os aspectos embriológicos foram abordados e discutidos, assim como a etiopatogenia da fissura labiopalatal, sua epidemiologia, classificação e alterações bucais. Conclui-se que as fissuras labiopalatinas podem desencadear uma série de alterações que podem comprometer a fala, nutrição, audição, estética, alterações dentais e psicológicas dentre outras. Dessa forma, o completo estabelecimento da saúde bucal e geral do paciente só será possível se todos os profissionais envolvidos no seu tratamento interajam de forma multidisciplinar.

**Palavras-chave:** fissura labial, fissura palatina, reabilitação, comunicação interdisciplinar.

### **ABSTRACT**

*Cleft lip and palate are congenital malformations with a high incidence rate and multifactor etiology that occur due to a lack of fusion between the facial and palatine processes in the embryonic phase. This paper discusses cleft lip/palate based on a review of the literature. For such, the PubMed database was searched using the following keywords in both Portuguese and English: cleft lip and palate; cleft lip; cleft palate. The paper discusses the embryological aspects, etiopathogenesis, epidemiology, classification and oral alterations associated with this condition. Based on the findings, cleft lip/palate triggers a set of oral alterations that can compromise speech, nutrition, hearing, esthetics, dental aspects and psychological aspects. Thus, the complete establishment of general and oral health in such patients is only possible through the interdisciplinary efforts of all health professionals involved.*

**Keywords:** cleft lip, cleft palate, rehabilitation, interdisciplinary communication.

---

<sup>1</sup> Trabalho de Iniciação Científica - UNIFRA.

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Odontologia - UNIFRA.

<sup>3</sup> Docente do Curso de Odontologia - UNISUL.

<sup>4</sup> Docente do Curso de Odontologia - UNIFRA.

<sup>5</sup> Docente do Curso de Nutrição - UNIFRA.

<sup>6</sup> Docente do Curso de Enfermagem - UNIFRA.

<sup>7</sup> Docente do Curso de Fisioterapia - UNIFRA.

<sup>8</sup> Docente do Curso de Odontologia - UNIFRA Orientadora. E-mail: biancazsantos@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Fissuras labiopalatinas são malformações congênitas faciais que se dão através de uma abertura/ruptura na região do lábio e/ou palato, ocasionada pelo não fechamento dessas estruturas, que ocorre durante a formação e desenvolvimento do feto, entre a quarta e a oitava semana de vida intrauterina, tendo origem no aparelho branquial ou faríngeo e seus derivados (NEVES et al., 2002; BARONEZA et al., 2005; SANDRINI et al., 2005; FIGUEIREDO et al., 2008).

A prevalência varia consideravelmente de acordo com: regiões geográficas, grupos étnicos, gênero, hábito materno de fumar até o 3º mês de gestação, história familiar de fissuras, classificação socioeconômica, e faixas etárias materna e paterna. Baroneza et al. (2005) verificaram uma prevalência de aproximadamente 1/700 fissurados por nascidos vivos em Londrina no Estado do Paraná, enquanto Ribeiro e Moreira (2005) encontraram 1/600 em Fortaleza.

Ainda, conforme o estudo de Baroneza et al. (2005), a fissura de maior prevalência é a transforame (59,9%), a razão entre os gêneros encontrados nesta pesquisa foi de 1,5 masculino:1,0 feminino e 92,6% da população estudada pertencia à classe econômica baixa.

As fissuras labiopalatinas desencadeiam uma série de alterações que podem comprometer severamente a fala, a alimentação, o posicionamento dentário e a estética. Sem o devido tratamento, as fissuras podem provocar sequelas graves, como a perda da audição, problemas de fala e déficit nutricional, além do sofrimento com o preconceito (CERQUEIRA et al., 2005).

A fenda pode se estender até o palato, ocorrendo maior risco das crianças aspirarem o alimento, provocando infecções como otites e pneumonias, uma vez, que nesses casos, há comunicação buco-nasal. As otites podem causar prejuízos no desenvolvimento da fala e linguagem. As anemias também são frequentes nos pacientes com fissuras labiopalatinas, devido a dificuldade em se alimentarem. O aleitamento materno, embora dificultoso para o paciente, especialmente em casos de fissura palatina, é indicado para evitar infecções, combater a anemia e fortalecer a musculatura da face e boca, além de manter a produção de leite da mãe (NEVES et al., 2002).

Entretanto, é possível a total reabilitação do paciente com fissura labiopalatina, sendo que quanto mais cedo a intervenção, melhor. O tratamento dependendo do tipo de fissura, é longo, tem início desde o nascimento indo, em alguns casos, até a fase adulta, passando por várias cirurgias corretivas e estéticas (CERQUEIRA et al., 2005).

Assim, o papel do cirurgião-dentista na abordagem do paciente com fissura labiopalatina não se deve restringir apenas ao tratamento odontológico. No primeiro contato, deve haver uma aproximação com o paciente e a família, a fim de conhecer a saúde geral deste, para melhor tratá-lo. Também, o tratamento odontológico deve ser considerado como um programa permanente da saúde bucal, com a integração de medidas preventivas e reabilitação bucal. O sucesso do tratamento odontológico desses pacientes tem como base a tríade: paciente, cirurgião-dentista e cuidador.

Sendo que o cirurgião-dentista tem um papel fundamental na reabilitação da fissura labiopalatina, mas o completo estabelecimento da saúde bucal e geral do paciente só será possível com a efetiva participação de uma equipe multidisciplinar, com ênfase na relação de confiança desta com o paciente e com a sua família (RIBEIRO; MOREIRA, 2005; SANDRINI et al., 2005).

Diante de tal contexto, neste trabalho, pretende-se discutir acerca das fissuras labiopalatinas, enfatizando os aspectos embriológicos do desenvolvimento da face e do palato, patogenia das fissuras labiopalatinas, sua etiologia e epidemiologia, bem como classificação destas. Ainda, discorrer sobre as principais alterações bucais relacionadas às fissuras de lábio e/ou palato, seus aspectos psicossociais e a importância do atendimento multidisciplinar do paciente com fissura.

## **METODOLOGIA**

Para desenvolvimento desta revisão de literatura, a base de dados utilizada foi o PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). O período de busca de artigos referentes ao tema estudado compreendeu a novembro de 2012 até fevereiro de 2013.

Para a busca de artigos, foram consideradas as seguintes palavras-chave: fissuras labiopalatinas, fenda labial, fissura palatina, nos idiomas português e inglês (cleftlipandpalate, lipcleft, palatecleft).

Após, na lista de resultados, foi realizada a leitura do título e resumo para adequada inclusão dos artigos relacionados ao tema. Por fim, foi selecionada a bibliografia relevante citada nos artigos e não encontrada na busca. Os artigos não disponíveis para acesso na internet foram solicitados e adquiridos na biblioteca do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA).

## **REVISÃO DE LITERATURA**

Os primeiros relatos de casos de fissura labial remontam ao século I da Era Cristã. Ao longo dos tempos, houve várias tentativas de descrever a etiologia deste tipo de má-formação, embora o real progresso do conhecimento das lesões, dos distúrbios e dos procedimentos terapêuticos somente aconteceu nos últimos 50 anos (LOFIEGO, 1992). Hoje, sabe-se que entre as anomalias congênitas da face, as fissuras labiopalatinas, também conhecidas como lábio leporino ou goela de lobo, são as mais comuns (BARONEZA et al., 2005).

A partir da migração das células da crista neural se forma o tecido conectivo e o esqueleto da face na terceira semana de vida intrauterina. Por volta da sexta semana do desenvolvimento embrionário, as estruturas faciais externas completam sua fusão, e as internas completarão-se-ão até o final da oitava semana, porém, nesse período, pode ocorrer uma falha na fusão do processo frontonasal com o processo maxilar, ocasionando a fenda labial. A falha de penetração do tecido mesodérmico no sulco ectodérmico da linha média do palato posterior a lateral da pré-maxila ocasiona a fissura palatina (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Para explicar a etiologia dessas fissuras, os pesquisadores têm se apoiado na teoria multifatorial, que consiste em interações de determinantes genéticos e ambientais (NUSSBAUM et al., 2001; MOORE; PERSAUD, 2004; NEVILLE et al., 2004;). Entretanto, os mesmos ainda não estão bem elucidados (MOSSEY et al., 2009).

Dentre os fatores etiológicos que parecem estar mais frequentemente relacionados a esta anomalia estão: hipervitaminose A, estresse emocional, uso de corticoides, consanguinidade, viroses, radiações ionizantes, alcoolismo, uso de drogas, trauma mecânico e hereditariedade (LOFFREDO; FREITAS; GRIGOLLI, 2001; ABDO; MACHADO, 2005).

Ainda, outros teratogênicos podem aumentar o risco de uma mãe conceber um filho com fissura labiopalatina quando exposta nos primeiros meses de gravidez. Por exemplo, fissuras labiopalatinas podem ser causadas pela ingestão materna de drogas anticonvulsivantes durante a gestação (PRATT; CHRISTIANSEN, 1980), bem como devido a prática de tabagismo (SAXEN; LATHI, 1974).

Alguns estudos encontraram uma relação entre a idade dos pais e a incidência de fissuras, dos quais houve maior associação da patologia com a idade paterna (BARONEZA et al., 2005). Lofiego (1992) relatou que a presença de malformações faciais nas classes sociais mais baixas é maior para todos os tipos de fissuras, dado também encontrado em estudo feito por Grabb et al. (1971).

Quanto ao padrão racial, as fissuras labiopalatinas podem acometer todos os grupos raciais e étnicos, independentes de sexo ou classe econômica (DI NINNO et al., 2004).

Petrelli (1992) relata que as fissuras labiopalatinas estão entre as malformações congênitas mais comuns que afetam a humanidade, em uma relação que varia entre 1 e 2 indivíduos por 1000 nascimentos no mundo. No Brasil, a prevalência varia entre 11,89/10.000 e 3,09/10.000 nascidos, dependendo da região geográfica (RIBEIRO-RODA; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2008).

A incidência em relação à presença de familiares fissurados, observa-se nas seguintes proporções (CERQUEIRA et al., 2005):

- a) pais normais = 0,1% de chance de ter um filho fissurado;
- b) pais normais e um filho fissurado = 4,5% de chance de ter outro filho fissurado;
- c) um dos pais e um filho fissurado = 15% de chance de ter outro filho fissurado.

Muitas foram as tentativas de classificação de fissuras ao longo dos anos, atualmente elas se dividem em quatro categorias, tomando como ponto de referência o forame incisivo, limite entre o palato primário e secundário. Assim, as fissuras são classificadas em: fissura pré-forame incisivo, que são exclusivamente labiais, sendo originárias embriologicamente do palato primário, fissura pós-forame incisivo, que são fendas palatinas, em geral medianas, que podem situar-se apenas na úvula, palato primário ou envolver o palato secundário, fissura transforame incisivo, de maior gravidade, envolvendo estruturas anatômicas oriundas do palato primário e secundário e fissuras raras da face, que são as fissuras oblíquas do lábio, nariz, ou mesmo de toda a face (BARONEZA et al., 2005).

Os problemas enfrentados na reabilitação dos pacientes com fissura são característicos. O tratamento

deve visar à correção da aparência, fonação, audição, mastigação e deglutição do paciente (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992). A maioria das crianças afetadas por fissuras orofaciais é tratada por uma equipe multiprofissional, envolvendo Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Recreação, Educação e Nutrição, que acompanharão o paciente do nascimento até a idade adulta (ABDO; MACHADO, 2005). O número de especialistas reflete a variedade e a complexidade dos problemas enfrentados pelos indivíduos com fissuras orofaciais.

Por isso, é fundamental um acompanhamento continuado e de longo prazo do paciente e sua família, a qual necessita ser acolhida por toda a equipe de profissionais de saúde através de tratamento, acompanhamento e encaminhamentos necessários (MONLLEÓ; LOPES, 2006).

Segundo Graciano et al. (2007), o tratamento do paciente fissurado envolve ações de uma equipe interdisciplinar, em que a colaboração entre as diversas áreas é fundamental, não devendo haver supremacia de certa ciência em detrimento de outra. Supõe-se reciprocidade e interação de conhecimentos, respeitando a postura ideológica pessoal e profissional de cada elemento da equipe.

O cirurgião-dentista é um profissional que está presente no pré e pós-operatório desses pacientes. O seu trabalho vai desde o aconselhamento aos pais para a promoção da saúde bucal até a intervenção para o controle das doenças bucais e atendimento especializado na reabilitação cirúrgica, ortodôntica e protética (GUIMARÃES et al., 2003).

Pacientes com fissura possuem vários tipos de alterações bucais como dentes supranumerários, microdentes, erupção dentária ectópica, dentes natais, neonatais e intranasais, atraso na erupção e na formação dentária. No entanto, a anodontia é a anomalia dentária mais frequentemente observada em pacientes com fissuras de lábio e palato, afetando principalmente o incisivo lateral do lado da fissura (NEVES et al., 2002).

As anomalias dentárias são diferenciadas por meio de número, tamanho, forma, desenvolvimento e erupção, e a sua intensidade parece depender da severidade da fissura. Embora apareçam na dentição decídua, prevalecem na dentição permanente, e na maxila sua incidência é maior do que na mandíbula (NEVES et al., 2002).

Portanto, as más oclusões são frequentes, com mordidas cruzadas anterior e posterior manifestando-se já na dentadura decídua, devido às anomalias dentárias citadas anteriormente. As cirurgias realizadas para fechamento de lábio e palato interferem no crescimento facial e do arco dentário superior, resultando em faces retrognáticas e maxilas atrésicas (SILVA FILHO; ALMEIDA, 1992).

Ainda, existem vários problemas bucais decorrentes da presença de fissuras que tornam este paciente de alto risco à doença cárie e periodontal. Dentre eles podem ser citados: mau posicionamento dental, defeitos na formação dentária, anomalias (agenesia, dente supranumerário), como também a dieta líquido/pastosa por vezes açucarada (MONTANDON et al., 2001) e a presença de fatores como fibrose cicatricial, tensão labial, uso de aparelhos ortodônticos e próteses dentárias (SILVA et al., 2003; ALVES et al., 2004).

Petean e Pina Neto (1998) afirmam que a chegada de um descendente com fissura labiopalatina frustra os sonhos da mãe, e os pais se sentem incapazes de gerar uma criança saudável. Para Machado (adicionar ano da publicação), a pessoa que deu à luz pode passar por um impacto psicológico diante da imperfeição física de seu filho, assim se inicia o desenvolvimento de problemas psicossociais no paciente com essa malformação, em que a criança poderá ser estigmatizada no próprio lar e em alguns casos, até mesmo, ser rejeitada (FREITAS et al., 2004).

Segundo Maciel (2000), no Brasil, há milhares de pessoas que, por serem portadoras de algum tipo de deficiência, são discriminadas nas comunidades em que vivem, ou são excluídas do mercado de trabalho.

O indivíduo com fissura labiopalatina apresenta personalidade e aspecto intelectual normais, entretanto dispõe de características comuns como: autoconceito baixo, dependência dos pais, esquiva de contatos sociais, dificuldade de comunicação, medo, vergonha, insegurança, autoestima baixa, depressão, inibição conforme a gravidade da deformidade, estresse e dificuldade de aprendizagem (DOMINGUES et al., 2011).

Conforme Andrade Junior et al. (2009), os pais do indivíduo com fissura ficam desorientados quanto aos procedimentos necessários ao estabelecimento do bem-estar da criança. Assim, após o nascimento ou no pré-natal, surgem dúvidas de como cuidar do bebê e de como será seu tratamento reabilitador.

Os pais que descobrirem seu filho com fissura labiopalatina devem procurar todos os tipos de orientações para possibilitarem a total reabilitação do seu filho. É indicado que os pais permaneçam tranquilos, pois a rejeição, negação e sentimento de culpa podem ser considerados normais no primeiro momento, mas com ajuda profissional, tanto os pais quanto o bebê poderão ter uma vida saudável e feliz (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Atualmente, graças ao aperfeiçoamento da ultrassonografia, é possível diagnosticar anomalias faciais a partir da 14<sup>a</sup> semana de gestação. Possibilitando situações em que o aconselhamento e condutas poderão ser planejadas antecipadamente, evitando trauma psicológico aos pais. Isso permite também que, logo após o nascimento, a cirurgia corretiva seja realizada. Hoje, já existem técnicas que permitem a realização da cirurgia precoce, até com uma semana de vida do indivíduo acometido (RIBEIRO et al., 2007).

Assim, é muito importante que a equipe multidisciplinar esteja envolvida nessa reabilitação. A troca de informações entre os profissionais é fundamental para o tratamento da criança, pois um fator interfere diretamente no outro, no que diz respeito aos dentes, à fala, à face, às funções alimentares e ao desenvolvimento psicossocial.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que as fissuras labiopalatinas desencadeiam uma série de alterações que podem comprometer diversas funções como a fala, alimentação, posicionamento dentário, estética, etc.

Dessa forma, o completo estabelecimento da saúde bucal e geral do paciente só será possível se todos os profissionais envolvidos no seu tratamento interajam de forma multidisciplinar.

Ainda, são necessários mais estudos para elucidar os fatores de risco (ambientais e genéticos) e suas inter-relações para que se possa atuar de forma a prevenir a ocorrência dessa malformação.

## REFERÊNCIAS

ABDO, R. C. C.; MACHADO, M. A. A. M. **Odontopediatria nas fissuras labiopalatais**. São Paulo: Santos, 2005.

ALVES, L. M. L. H. et al. Prevalência de cárie em portadores de fissura lábiopalatais atendidos no Instituto Materno Infantil de Pernambuco. **Odontologia Clínica Científica**, v. 3, n.1, p. 57-60, 2004.

ANDRADE JÚNIOR, C. V. S. et al. Estudo do índice de malformações orofaciais em neonatos no Hospital Geral Prado Valadares no município de Jequié – Bahia. **Revista Saúde**, v. 5, n. 2, p. 108-15, 2009.

BARONEZA, J. E. et al. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 27, n. 1, p. 31-5, 2005.

CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O. G. Fissuras lábiopalatais. In: PETRELLI, E. **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise, 1992. p.195-239.

CERQUEIRA, M. N. et al. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 161-6, 2005.

DI NINNO, C. Q. M. S. et al. O conhecimento de profissionais da área da saúde sobre fissura labiopalatina. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 9, n. 2, p. 93-101, 2004.

DOMINGUES, A. C. et al. Desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos professores. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, n. 3, p. 310-6, 2011.

FIGUEIREDO, M. C. et al. Fissura bilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias de má oclusão - relato de caso clínico. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 7-14, 2008.

FREITAS, J. A. S. et al. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. **Brazilian Oral Research**, v. 18, n. 2, p. 128-33, 2004.

GRABB, W. C. et al. **Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects**. Boston: Little Brown, 1971.

GRACIANO, M. I. G.; TAVANO, L. D. A.; BACHEGA, M. I. Aspectos psicossociais da Reabilitação. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. da. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Santos, 2007. cap. 4, p. 311-333.

GUIMARÃES, R. C. C.; FONSECA, D. C.; FERREIRA, E. F. O paciente fissurado e o atendimento odontológico: dificuldade pela recusa. **Arquivos em Odontologia**, v. 39, n. 1, p. 65-73, 2003.

LOFFREDO, L. C. M.; FREITAS, J. A. S.; GRIGOLLI, A. A. G. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. **Revista de Saúde Pública**, n. 35, v. 6, p. 571-5, 2001.

LOFIEGO, J. L. **Fissura Labiopalatina**. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

MACIEL, M. R. C. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. **São Paulo em perspectiva**, v. 14, n. 2, p. 51-6, 2000.

MONLLEÓ, I. L.; LOPES, V. L. G. S. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 913-22, 2006.

MONTANDON, E. M.; DUARTE, R. C.; FURTADO, P. G. C. Prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v. 4, n. 17, p. 68-73, 2001.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2004.

MOSSEY, P. A. Cleft lip and palate. **Lancet**, v. 374, n. 9703, p. 1773-85, 2009.

NEVES, A. C. C. et al. Anomalias dentárias em pacientes portadores de fissuras labiopalatinas: revisão de literatura. **Revista Biociência**, v. 8, n. 2, p. 75-81, 2002.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

NUSSBAUM, R. L. et al. **Genetics in Medicine**. 6. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2001.

PETEAN, E.; PINA NETO, J. Investigação em aconselhamento genético: Impacto da primeira notícia - a reação dos pais à deficiência. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 31, p. 288-95, 1998.

PETRELLI, E. **Ortodontia para Fonoaudiologia**. Curitiba: Editora Lovise, 1992.

PRATT, R. M.; CHRISTIANSEN, R. L. **Current research trends in prenatal craniofacial development**. New York: Elsevier, 1980.

RIBEIRO, A. A.; LEAL, L.; THUIN, R. Análise morfológica dos fissurados de lábio e palato do Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 12, n. 5, p. 109-18, 2007.

RIBEIRO, E. M.; MOREIRA, A. S. C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 31-40, 2005.

RIBEIRO-RODA, S.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Aspectos odontológicos das fendas labiopalatinas e orientações para cuidados básicos. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 2, p. 95-103, 2008.

SANDRINI, F. A. L. et al. Fissuras labiopalatinas em gêmeos: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 5, n. 4, p. 43-8, 2005.

SAXÉN, I.; LATHI, A. Cleft lip and palate in Finland: incidence, secular, seasonal and geographical variation. **Teratology**, v. 9, n.2, p. 217-23, 1974.

SILVA FILHO, O. G.; ALMEIDA, R. R. Fissuras lábio palatais: o que o cirurgião dentista precisa saber. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**; v. 5, n. 2, p. 7-18, 1992.

SILVA, H. A.; BORDON, A. K. C. B.; DUARTE, D. A. Estudo da fissura labiopalatal: aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**, v. 4, n. 14, p. 71-4, 2003.